



ANEXO IV
DO MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Dados do médico:

Nome completo: _____.

CRM/UF: _____.

Especialidade: _____.

Declaro que o(a) Sr.(ª) _____, titular da Identidade nº _____ e do CPF nº _____, inscrito(a) como **Pessoa com Deficiência** na Seleção Pública Simplificada promovida pelo Município de Moreno e regida pelo Edital nº xx, de xx de maio de 2025, concorrendo à vaga para a função de _____, fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor, é considerado pessoa com deficiência por apresentar a deficiência _____, da espécie _____ (física/auditiva/visual), grau _____ / nível _____, com CID 10 _____, em razão da provável causa:

_____, ____/____/____

Ratifico as informações acima expostas,

(assinatura e carimbo do Médico declarante)